

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THÈSE

N° 430

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

MOREAU Pierre

Né le 6 Septembre 1914 à Payré (Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le 29 NOV 1944 19

A propos de six cas de
STAPHYLOCOCCIE MALIGNE DE LA FACE
Traités par l'Iodo-Sulfamidothérapie

Président : M. le Professeur PETIT-DUTAILLIS

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. CHOPIN
LEZAY (Deux-Sèvres)

1945

Digitized by the Internet Archive

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

MOREAU Pierre

Né le 6 Septembre 1914 à Payré (Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le *19*

A propos de six cas de
STAPHYLOCOCCIE MALIGNE DE LA FACE
Traités par l'Iodo-Sulfamidothérapie

Président : M. le Professeur PETIT-DUTAILLIS

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. CHOPIN
LEZAY (Deux-Sèvres)

1945

LE DOYEN..... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Justin BEZANÇON.
Technique opératoire	MOULONGUET.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLÉRY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	BROCQ.
	QUENU.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	LANTUEJOUL.
Clinique d'accouchement	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
Professeurs sans chaire	GIROUD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
N....	Pathologie médicale.
N....	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD ..	Histologie.
CACHERA ...	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DELARUE ...	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.) .	Physique.
DESOILLE ...	Médecine légale.
DIGONNET ..	Obstétrique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNK-BRENTANO .	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD ..	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-	
VILLARS.....	Anatomie pathologique.

MM.	
DE GENNES .	Pathologie médicale.
HAGUENAU .	Pathologie médicale.
LACOMME ...	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE ...	Pathologie expérimentale.
LENEGRE ...	Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY ..	Pharmacologie.
MARCHAL ...	Pathologie médicale.
MENEGAUX .	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET .	Pathologie médicale.
MOUQUIN ...	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH ...	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GUENIOT ...	Obstétrique.
HUGUENIN .	Anatomie pathologique.
LE LORIER .	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE. .	Parasitologie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
VAUDESCAL .	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
BRULE	
CHEVALLIER .	
LAROCHE Guy	
MOREAU	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale.
GATELLIER ..	
de GAUDART	
d'ALLAINES.	
MOULONGUET	

M.	
ECALLE	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE
LE LIEUTENANT CHARLES MOREAU
Mort pour la France.

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES DEUX PETITES FILLES
FRANÇOISE ET DOMINIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PETIT-DUTAILLIS

Professeur de Pathologie Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui a bien voulu nous faire le grand honneur
de présider cette thèse.*

A MES MAITRES

Les Docteurs

HENRI LAFFITTE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Associé National de l'Académie de Chirurgie

Chirurgien de l'Hôpital Georges Renon

Déporté en Allemagne

et

PIERRE SUIRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de l'Hôpital Georges Renon

Déporté en Allemagne.

*Qu'ils veuillent trouver ici un modeste
hommage et une preuve de tout notre
attachement.*

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE NIORT

LES DOCTEURS :

DUMEAU
GODILLON
JOUBERT
LAROCHE
MAUPETIT
PRINCETEAU
RAINAUD
RICHARD
SAINT-PAUL
TRIVAS

MÉDECINS, CHIRURGIENS et SPÉCIALISTES
DE L'HÔPITAL GEORGES RENON

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE POITIERS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

ET EN PARTICULIER A MES COMPAGNONS DE CAPTIVITÉ

RENÉ CLER

Déporté en Allemagne
et DOCTEUR CLAUDE MARCHAND

A PROPOS DE SIX CAS DE STAPHYLOCOCCIE MALIGNE DE LA FACE TRAITÉS PAR L'IDO-SULFAMIDOTHÉRAPIE

INTRODUCTION

L'association iodo-sulfamidée appliquée, d'abord au traitement de l'anthrax et de l'ostéomyélite par LEGROUX et LENORMANT, s'est révélée d'une efficacité remarquable dans les septicémies staphylococciques, et en particulier dans les staphylococcies malignes de la face, d'un pronostic si sévère.

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de chirurgie, de nos maîtres les Docteurs LAFFITTE et SUIRE, cinq guérisons sur six cas de staphylococcie maligne de la face, traités selon la méthode de LEGROUX, nous les avons retenus pour en faire l'objet de notre thèse.

Cinq de ces observations ont été présentées par M. LAFFITTE au cours de la séance du 19 janvier 1944 de l'Académie de Chirurgie.

A propos de ces observations, nous passerons en revue l'aspect clinique, les complications, le diagnostic, le pronostic, et le traitement iodo-sulfamidé des staphylococcies malignes de la face, en étudiant chemin faisant les observations publiées par MONDON, PIROT, ANDRÉ et BLEIN, par TRUFFERT, par QUENU, par VERNE, par TERRACOL et FABRE, par MIALARET.

Pour exposer le principe de la méthode de LEGROUX nous ne pourrions mieux faire que de laisser la parole à son auteur :

« On sait que, in-vitro, le 1162 F empêche le développement du staphylocoque doré (et aussi du bacille tuberculeux et des champignons pathogènes) aussi bien que celui du streptocoque, du bacille du côlon ou des anaérobies. Cependant tous les essais de chimiothérapie dans les maladies produites par le staphylocoque n'ont donné, aussi bien en clinique humaine que dans les infections expérimentales des animaux de laboratoire, que des résultats assez peu satisfaisants.

» On sait, d'autre part, que certaines lésions produites par le staphylocoque, comme le botryomycose, sont, au même titre que les tuberculoses ganglionnaires ou cutanées, que les gommès sporotrichosiques et syphilitiques, justiciables du traitement iodé, en particulier de la solution iodo-iodurée que LUGOL préconisait jadis comme « fondant et résolutif des manifestations scrofuleuses ». Or, toutes ces lésions, qu'elles qu'en soit la cause, ont pour caractère biologique commun d'être des lésions « nodulaires » : le centre des nodules est dépourvu de vaisseaux sanguins, sa périphérie est vascularisée par des capillaires altérés et souvent oblitérés, le nodule est entouré d'une zone ligneuse de réaction inflammatoire. On comprend que, dans de telles conditions, le sulfamide absorbé per os ne puisse atteindre les microbes enkystés au centre du nodule, mais si par la médication iodée, on peut faire fondre le nodule, préparer ainsi la voie au sulfamide, celui-ci pourra exercer son action antibactérienne sur le staphylocoque, même en plein foyer de nécrose ». (Ac. Chir. 7 mai 1941.)

Le 19 avril 1944, le Professeur LEGROUX rappelle, devant l'Académie de Chirurgie, les données anatomo-cliniques qui ont orienté ses recherches thérapeutiques :

« On doit considérer que tous les foyers à staphylocoques sont engendrés par le même type de réaction cellulaire. Je vous proposerais de prendre le titre histologique d'un foyer expérimental développé dans le rein du lapin, moins de 4 jours après l'inoculation. Le centre du « grain » staphylococcique est formé par un caseum constitué de déchets cellulaires nécrosés où le microbe s'est multiplié sous la forme d'une colonie arrondie ; la deuxième zone, limite de cette partie centrale, est la véritable membrane pyogène des anciens auteurs où l'on met en évidence des staphylo-

coques isolés, des leucocytes déjà altérés présentant la pycnose de leur noyau, de petits lacs de globules rouges provenant d'hémorragies capillaires; la troisième zone, concentrique en partant du centre, privée de ses vaisseaux, nous montre les assises de cellules parenchymateuses altérées avec un afflux leucocytaire plus ou moins abondant, puis une quatrième zone est formée par le tissu normal sain et ses vaisseaux normaux.

Si nous voulons atteindre, par la voie sanguine, le microbe actif, c'est-à-dire celui qui se trouve dans la deuxième zone, membrane pyogène, il faudra que la perméabilité vasculaire y soit rétablie afin que le sulfamide exerce son action, il n'est qu'un moyen, c'est que les vaisseaux de la quatrième zone puissent se déverser dans la zone sous-jacente dépourvue de vaisseaux; c'est là l'hypothèse qui fut à l'origine de notre association thérapeutique : L'iode ayant toujours été utilisée pour obtenir des congestions vasculaires autour des foyers infectieux récents, que ceux-ci soient dûs à du staphylocoque ou à d'autres bactéries nécrosantes. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

M^{lle} A....., 14 ans

(Docteurs LAFFITTE et JABOT.)

Entrée dans le service le 6 août 1944 pour staphylococcie maligne de la face.

La malade était soignée depuis un an pour furonculose et panaris multiples. 15 jours auparavant elle fait un furoncle de l'aile du nez n'ayant pas d'ailleurs atteint le stade de maturité. A cette époque on lui a commencé une série d'anatoxine anti-staphylococcique.

Elle présente à l'entrée un important œdème de toute la face avec les yeux bridés, la peau huileuse, vernissée, de coloration vineuse.

Le 6 la malade reçoit tout d'abord 3 grs de soludagénan, la température est à 39°. Elle est dans le coma. On institue un traitement à l'iodo-septoplix.

Du 6 au 10 chaque jour : 24 comprimés d'iodo-septoplix

Le 11 : 20 » » et
réduction progressive.

De plus 4 séances de radiothérapie semi-profonde.

Le 6 août : 35 r

Le 8 août : 35 r

Le 14 août : 75 r

} sur la joue gauche.

Le 7 août : 35 r sur la joue droite.

Le 7 une *hémoculture* donne du *staphylocoque doré*.

Le 10 vers la fin du traitement iodo-sulfamidé une numération globulaire montre : 3.584.000 globules rouges.

32.000 globules blancs.

On fait une transfusion de 200 cc.

La température se maintient à 39° mais l'état général s'améliore et localement l'œdème régresse légèrement, en même temps qu'une fluctuation apparaît. De plus quelques points de 2 à 3 mm. de diamètre, apparaissent à fleur de peau.

Le 12 un prélèvement de pus donne du staphylocoque doré à la culture. Petite incision au bistouri.

Le 14 un examen d'urine : albumine : 0

pas de pus, de rares cylindres granuleux.

des cristaux de phosphate.

quelques colonies de staphylo, à la culture.

Le 17 août la numération globulaire montre une chute brutale des globules rouges : 1.380.000,
globules blancs : 15.000.

Le 18 on fait une transfusion de 300 cc.

Le 19 les globules rouges sont remontés à : 2.005.000,
globules blancs : 18.000.

La température continue à décroître progressivement pour n'atteindre la normale que le 27. L'état général est meilleur, l'œdème diminue toujours petit à petit.

Le 20 : globules rouges : 2.055.000
globules blancs : 10.000

formule leucocytaire	{	lymphocytes : 11,5
		monocytes : 4,5
		polynéutro : 77,5
		polyéosino : 5
		polybaso : 0,5
		myélocyte : 1

Le 21, transfusion de 300 cc.

Peu à peu la face se dégage et la température reste à 37°. Il persiste cependant une petite induration pré-nasale et sous-orbitaire au niveau du trou d'évacuation du pus. Les forces réapparaissent ; l'état général est satisfaisant.

Le 21 août : globules rouges : 2.420.000,
» blancs : 8.400.

Le 22 août : globules rouges : 2.720.000,
» blancs : 7.700.

Le 23 août : globules rouges : 2.920.000,
» blancs : 10.200.

Le 26 août : globules rouges : 3.240.000,
» blancs : 10.200.

Le 30 août : globules rouges : 4.220.000,
» blancs : 9.300.

La malade a reçu de plus trois injections d'anatoxine antistaphylococcique le 16 : $1/4$ de cc.

le 25 : $1/2$ »

le 30 : $3/4$ »

Elle quitte le service le 4 septembre, mais il persiste toujours de chaque côté des os propres du nez, une petite fluctuation que des ponctions successives parviendront à tarir.

Depuis, amélioration générale excellente et locale satisfaisante. Jusqu'à ces jours derniers, il subsiste une coloration légèrement jambonnée de la peau avec épaissement léger du derme.

OBSERVATION N° II.

M^{lle} de la CH....., 8 ans

(Docteur LAFFITTE)

L'enfant entre dans le service le 12 octobre 1943 pour œdème malin de la face d'origine staphylococcique.

La petite malade est vue trois jours après le début d'une douleur de la région frontale médiane, accompagnée d'un œdème diffus et de coloration cyanique, s'étendant de la racine des cheveux à la partie moyenne des joues et envahissant les paupières supérieures, tout en laissant intactes les inférieures.

Au palper, le front est très douloureux dans la région médiane. On décèle une fluctuation légère, qui descend jusqu'au niveau de la racine du nez. La température est à 38° et l'enfant est dans un état d'abattement assez prononcé. Le seul antécédent staphylococcique serait deux orgelets qui auraient évolué deux mois auparavant.

On fait une ponction qui ramène un pus montrant des coccigram + à l'examen direct et que la culture révèle être des staphylocoques dorés.

On institue un traitement iodo-sulfamidé.

L'enfant recevra :

Le 11,	5 comprimés d'iodo-septoplix,
Les 12,13,14,	16 » » »
Le 15,	12 » » »
Les 16, 17,	10 » » »
Le 18, ,	8 » » »
Les 19, 20,	6 » » »
Le 21,	4 » » »

De plus les 12 et 14 octobre : séances de radiothérapie semi-profonde de 70 r. chacune.

Les 13 et 15 : vaccin I. O. D. anti-staphylococcique.

Les urines ne présentent ni sucre, ni albumine, ni pus, ni cylindre, ni phosphate.

La température oscille autour de 38°. On ponctionne tous les jours le pus de la région frontale qui se collecte davantage et le 15 on fait une incision de la collection et mèche.

L'état général devient meilleur. La température descend progressivement à 37°5, puis à 37°.

L'œdème diminue et la malade sort guérie le 25 octobre.

Le 14 :	Numération globulaire	{	globules rouges : 4.585.000
		{	» blancs : 13.900
Le 16 :	»	{	globules rouges : 3.600.000
	»	{	» blancs : 11.900
Le 19 :	»	{	globules rouges : 3.810.000
	»	{	» blancs : 14.400
Le 23 :	»	{	globules rouges : 3.360.000
	»	{	» blancs : 10.500
		{	lymphocytes : 30
		{	monocytes : 3,5
	Formule leucocytaire	{	polynéutro : 64
		{	polyéosino : 1,5
		{	poly-baso : 1

La malade rentrée chez elle est soumise à une médication reconstituante et anti-anémique. Depuis d'excellentes nouvelles nous ont été fournies sur son état.

OBSERVATION N° III

M^{me} E....., 43 ans

(Docteurs SUIRE et JOUBERT)

Entrée dans le service le 29 juin au soir, avec le diagnostic de son médecin traitant; infection de la joue droite et septicémie staphylocoques.

A l'entrée la malade est dans un état septicémique grave; frissons, état général très touché. Elle aurait eu une fissure infectée de la narine, pour laquelle son médecin traitant aurait donné ses soins quelques jours auparavant.

La température est à 40°3.

On note une inflammation diffuse de la joue droite sans suppuration, et sans bourrelet, déjà trop évoluée pour permettre la radiothérapie. Le diagnostic d'érysipèle est écarté: on porte le diagnostic d'œdème malin de la face.

On institue un traitement à l'iode et aux sulfamides: en effet la malade qui avait déjà reçu les 28 et 29 juin, 12 comprimés par jour de thiazomide, plus une ampoule de soludagénan, recevra du 30 juin au 8 juillet 20 comprimés par jour de thiazomide plus 1 gr. 50 d'iode sous forme d'iodure de potassium.

Dès le 30, la température baisse et continue à descendre progressivement les jours suivants.

Le 30: un prélèvement de pus par ponction dans la joue donne à la culture du staphylocoque doré. *Une hémoculture donne également du staphylocoque doré* au bout de 48 heures.

Les urines ne contiennent: ni albumine, ni sucre, mais quelques pigments biliaires.

On fait une transfusion de 150 cc.

Le 2 juillet on fait une 2^e transfusion de 150 cc.

Le 4 on incise au bistouri quelques points purulents autour de la paupière droite, et on fait quelques petites

mouchetures sur la joue. Notons que la malade accuse la présence de pus dans la cavité buccale.

La température tombe en lysis jusqu'au 9 juillet, puis se stabilise aux environs de 37° . On diminue alors les comprimés de thiazomide et l'iode.

— 12 comprimés le 9 et 1 gr. 50 d'iode,

— 10 comprimés le 10 et 1 gr. d'iode,

— 8 comprimés le 11 et 1 gr. d'iode,

— 6 comprimés le 12 et 0 gr. 50 d'iode.

L'état général s'améliore rapidement de même que l'état local, l'œdème diminue.

Un léger empâtement, dur, de la joue, de coloration rouge vineuse, subsiste, il cède après quelques séances d'ondes courtes, mais sans disparaître en totalité.

Le 28 août, la malade présente une petite poussée fébrile à 38° accompagnée de douleurs musculaires et articulaires. On fait une nouvelle série de 14 grs de thiazomide associés à l'iodure de potassium et salicylate de soude. Les douleurs disparaissent et la température revient à la normale le 3 septembre. —

La malade quitte le service le 18, guérie.

Depuis cette date, la malade est en parfaite santé; les téguments de la joue manquent encore de souplesse.

OBSERVATION N° IV

M. F..., 22 ans, cultivateur

(Docteurs LAFFITTE et DUPOUY)

Entré dans le service le 11 août avec le diagnostic de phlegmon du cou. Il était soigné depuis une dizaine de jours pour furoncle bâtard de la lèvre supérieure.

En réalité, le malade présente à l'examen un œdème important, envahissant la partie supérieure du cou (particulièrement sushyoïdienne) et la région mentonnière.

Les saillies normales osseuses sont complètement effacées, la lèvre supérieure est volumineuse, elle présente les traces d'un furoncle en voie de régression, la lèvre inférieure est complètement éversée par l'œdème, à l'ensemble est rouge vineux dur ; pas de bourrelet.

La température est à 39°8.

Les urines sont rares, elles contiennent 0 gr 25 d'albumine et 10 grs 50 de sucre au litre, ainsi qu'une forte quantité de pus.

On institue un traitement aux sulfamides et vaccination antistaphylococcique.

Du 13 au 18 août, le malade reçoit : 15 comprimés de septoplix par jour, et 4 injections de propidon :

2 cc. le 11 août,

3 cc. le 13 »

4 cc. le 15 »

4 cc. le 18 »

On fait deux séances de radiothérapie semi-profonde sur le côté droit : 35 r le 12,
35 r le 14.

Le 18, la région sous-mentonnière semble présenter un certain degré de fluctuation. On pense à une collection profonde :

Anesthésie à l'évipan, on fait une incision sous-menton-

nière, médiane, qui mène sur un peu de pus après dissociation des muscles sus-hyoïdien, on arrive ainsi jusqu'à l'os qui paraît intact.

On fait également une incision de la peau recouvrant le menton, et une courte incision de la lèvre inférieure par sa face interne du côté gauche où l'on sent également une petite collection.

Pus à staphylocoques.

La température continue à s'élever pour atteindre 41°1.

L'état général est très touché, le malade fatigué.

Le traitement sulfamidé pur paraissant insuffisant, on décide de lui adjoindre le traitement iodé.

Le malade reçoit du 19 au 30 août : 24 comprimés par jour d'iodo-septoplax. De plus, sérum glucosé : 1.000 cc. pendant 3 jours, puis 500 cc. par la suite.

Le 20 août, une numération globulaire donne :

Globules rouges 4.085.000.

» blancs 42.400.

Formule leucocytaire	{	lymphocytes : 10,5
		monocytes : 3
		poly-neutro : 84,5
		myélocytes : 2

Du 21 au 24 août, la température se maintient en plateau à 39°, le malade accuse une amélioration appréciable, il urine normalement.

Le côté droit de la face se libère complètement, alors que le côté gauche s'infiltré progressivement jusqu'au niveau de l'oreille.

On fait 2 nouvelles séances de radiothérapie semi-profonde, de 75 r chacune sur ce côté.

Le 26 août, vers 14 heures, le malade fait brusquement une crise d'asphyxie avec état dyspnéique due à un spasme de la glotte : traitement par pulvérisation (novocaïne et anti-spasmodique).

Le 27 août : nombre de globules rouges : 2.130.000,

» blancs : 50.000.

Le 29, on fait une transfusion de 400 cc.

On supprime les sulfamides et on fait des pansements

humides et chauds sans drainage profond. Par endroits apparaissent de nouvelles zones un peu fluctuantes qui paraissent n'intéresser que les plans superficiels.

Le 30 août : Urines : Albumine = 0,05 par litre.

Sucre = 0,

Nombre de globules rouges 2.210.000,

» blancs 26.000.

Formule leucocytaire	{	Lymphocytes	: 4
		Monocytes	: 1
		Poly-neutro	: 92,5
		Myélocytes	: 1
		Hématies nucléées	: 1.

Le 31 août, le malade présente une nouvelle crise de dyspnée.

On injecte 500 cc. d'oxygène sous-cutané le matin et 500 cc. le soir.

Le 1^{er} septembre, on fait une autre transfusion de 400 cc. et on institue un traitement anti-anémique : hépatrol injectable : 2 ampoules par jour et une série de syncortyl.

Le P. H. urinaire est à 6,6/.

A partir de ce jour, il se forme une nouvelle collection para-mentonnaire gauche qu'on incise : on trouve une sorte de poche qui s'avance jusque sous la joue, on libère un verre à madère de pus.

Une autre incision sur la face profonde de la branche horizontale du maxillaire gauche est également pratiquée.

Le 5 septembre, la température commence à descendre, l'état général s'améliore, l'œdème diminue.

On assiste progressivement à une chute en lysis de la température qui tombe au-dessous de 38° le 8 septembre. On cesse le traitement anti-anémique.

Le 13, le nombre des globules rouges est remonté à :
3.200.000.

Celui des globules blancs est descendu à : 7.500

Les urines ne contiennent plus ni sucre ni albuminē.

Une série d'anatoxine commencée le 24 août est continuée ; le malade sort du service le 19 septembre encore

légèrement sub-fébrile, mais l'état local et l'état général sont bons, malgré un amaigrissement de 25 kilogs. Le malade est revu le 13 novembre 1943 et il a repris 15 kilogs.

Localement il subsiste un épaissement de tous les plans cutanés de la région mentonnière où les cicatrices font des sillons, la peau ne peut être plissée, elle est de coloration rose foncé.

OBSERVATION N° V

M^{lle} M....., 14 ans

(Docteur LAFFITTE)

Est envoyée par son médecin à l'Hôpital pour état septicémique.

Ce dernier nous apprend qu'il fut appelé auprès d'elle pour lésions infectieuses de la face.

Le 6 juin, il constate des pustules sur la joue droite avec petite trainée de lymphangite. Température 38°. Traitement : Septazine.

Le 7 juin, la lymphangite s'est étendue. La température est à 39°. Une violente poussée d'urticaire oblige à laisser la septazine.

Le 8 juin, la température est à 40°, l'urticaire persiste, la malade est dyspnéique, le pouls est rapide.

Le 9 et le 10 l'état s'aggrave légèrement, le pouls est à 160, la dyspnée est considérable : 60 par minute. Cependant, la température baisse légèrement à 38°8-39°. Le placard infiltrant la joue est dur et ne s'étend plus. Toutefois la langue n'est pas sèche, la malade boit et urine suffisamment. Léger délire.

Le 11, le tableau se maintient avec cette différence que la joue s'est subitement tuméfiée et qu'un examen pratiqué par la bouche permet de voir du pus sourdre par plusieurs orifices.

Le traitement anti-infectieux du 8 au 11 est constitué par des injections de Dagénan : 4 grs par jour (par suite de l'intolérance per os). En outre injection d'iodinjectol : (2 ampoules intra-veineuse par jour) et de syncortyl 10 mm tous les jours qui permet de remonter la tension qui passe de 9.6 à 10.6.

En outre : abcès de fixation (2 cc d'essence thérébentine le 9).

Devant la gravité de l'état, le transport à l'Hôpital est décidé. Nous recevons la jeune malade dans le service le 11 juin dans le courant de l'après-midi.

L'état général est grave, la température est à 40°, le pouls très rapidement à 140. Le faciès est vultueux, l'agitation intense.

Au niveau de la joue on voit une masse nécrotique d'où sort un pus peu franc qui se vide mal, pas de bourrelet périphérique. On débride la poche.

Une hémoculture donne du staphylocoque doré.

On institue un traitement iodo-sulfamidé. Mais on ne possède pas d'iode assimilable et ce traitement est rendu difficile par le fait que l'enfant vomit facilement.

On essaie le lugol et le thiazomide dans les proportions suivantes : toutes les 2 heures 50 gouttes de lugol et 30 comprimés de thiazomide.

Le lendemain l'état général semble amélioré (il est vrai que dans la nuit l'enfant a reçu une piqûre de morphine).

Pendant toute cette période la température reste aux environs de 40°. Le pouls est rapide et petit, l'agitation n'est calmée que par les opiacées.

Localement peu de modifications.

Dans l'après-midi du 14, l'état général devient alarmant et la malade meurt.

La famille s'oppose à la nécropsie.

OBSERVATION N° VI

M^{lle} P....., 18 ans, infirmière

(Docteur LAFFITTE)

Entre dans le service le 16 septembre 1943, pour infection aiguë de la face consécutive à l'extraction d'une dent datant du 14 septembre.

A l'examen on note un œdème important de la joue gauche et de la paupière ainsi que de la lèvre supérieure, blanc à fond légèrement cyanique.

La température est à 38°.

On fait une séance de radiothérapie semi-profonde de 35 r et on institue un traitement iodo-sulfamidé, pendant lequel la malade recevra par jour, du 17 au 21 septembre, 24 comprimés iodo-septoplix.

De plus on fait une injection tous les jours de 500 cc. de sérum glucosé plus 500 cc d'huile camphrée.

Vaccination au propidon : 2 cc., le 17 ; le 20, 4 cc. ; le 23, 4 cc.

La température s'élève progressivement pour atteindre 40° 3, le 21 au soir.

Une numération globulaire le 20 septembre donne :

Globules rouges : 3.490.000

» blancs : 27.000.

La formule leucocytaire montre :	{	Lymphocytes :	8
		Monocytes :	4
		Poly-neutro :	85,5
		Polyeosino :	2
		Polybaso :	0,5

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

A partir du 21 septembre, amélioration locale, l'œdème est moins important, la température baisse, on diminue les comprimés d'iodoseptoplix : 20 comprimés le 22, 10 comprimés le 23.

La température tombe brusquement les 24 et 25, l'état général et l'état local continuent à s'améliorer, l'œdème régresse.

La malade est apyrétique à partir du 25.

Le 28 septembre : numération globulaire :

Globules rouges : 3.430.000

» blancs : 11.700

Formule leucocytaire :

La formule leucocytaire montre :	{	Lymphocytes	: 28
		Monocytes	: 2
		Polynéutro	: 64
		Polyéosino	: 2
		Polybaso	: 2
	{	Moélocytes	: 2

La malade quitte le service le 2 octobre, guérie.

Elle est revue le 17 novembre, il persiste une légère induration de la joue et quelques suintements purulents au niveau du maxillaire supérieur.

TABLEAU CLINIQUE

Les staphylococcies malignes de la face frappent en général des sujets jeunes et non tarés.

Il est rare de relever dans les antécédents une série de poussée de furonculose (Obs. 1). Le plus souvent, cette affection très grave débute brusquement chez un individu sain, par une lésion minime. Parfois même la porte d'entrée passe inaperçue, surtout si elle siège à l'intérieur de la narine.

Dans notre cas n° 3, il s'agissait d'une fissure infectée de la narine. En général il faut incriminer « un tout petit furoncle du pourtour de l'orifice narinaire » (Lemierre et Laporte) ou un furoncle de l'aile du nez, de la lèvre supérieure, du sillon naso-génien, voire du menton ou même un anthrax (cas de Verne, de J. Quénu). Chez un de nos malades, deux orgelets avaient évolué deux mois avant l'apparition d'un œdème malin de la face (Obs. 2).

Dans un autre cas (Obs. 6), l'affection a débuté 2 jours après une avulsion dentaire.

La lésion initiale est souvent surinfectée par le grattage ou par l'arrachement d'un poil.

Au bout de trois ou quatre jours, apparaît une légère tuméfaction dure, encore peu douloureuse, les téguments deviennent rouges, luisants, un examen attentif décèle parfois la saillie à peine perceptible de pustulettes blanchâtres.

Puis brusquement, la tuméfaction s'étend et devient très douloureuse, la face, d'un rouge sombre, est déformée, boursoufflée, surtout du côté de la lésion initiale, les paupières sont gonflées, œdémateuses, la malade ne peut plus ouvrir les yeux, il persiste parfois du chémosis.

La palpation permet de sentir, sous l'œdème, une sorte de plaque indurée, plus ou moins surélevée, et très douloureuse à la pression, et d'apprécier l'adénopathie sous-maxillaire.

Les éléments pustuleux sont nombreux, surtout à la périphérie de la plaque indurée, et tendant à l'ulcération.

A ces signes de l'œdème malin s'ajoute parfois l'exophtalmie, uni ou bilatérale, qui traduit une thrombo-phlébite de la veine faciale, des vaisseaux orbitaires et ophtalmiques, et même du sinus caverneux (Obs. de TRUFFERT).

Dès frissons, des courbatures, de la céphalée, une température élevée à 39° ou 40° signent l'état septicémique, et l'hémoculture mettra en évidence le staphylocoque doré.

Le malade peut conserver sa lucidité d'esprit, mais on note souvent du tymphos, ou de l'agitation et du délire (Obs. 5) .

Telle est la forme la plus fréquemment observée dans les staphylococcies malignes de la face : *l'œdème malin de la face*.

Il existe un type clinique différent : *l'érysipélateoïde staphylococcique de la face individualisé* par GIROIRE dans sa thèse. Les téguments ont une coloration violacée cyanotique. La tuméfaction est dure, froide au toucher, et ne se termine pas par un bourrelet net, comme la plaque de l'érysipèle. Les petites pustules signent le diagnostic.

On a décrit aussi des *formes sub-aiguës* qui évoluent en deux ou trois semaines vers la nécrose, surtout au niveau du front et autour de l'orbite, et vers la suppuration sous-cutanée.

COMPLICATIONS

Les staphylococcies malignes de la face peuvent s'accompagner, nous l'avons vu, de *thrombo-phlébite des sinus caverneux*.

Dans certains cas, il existe une légère réaction méningée. Le liquide céphalo-rachidien est normal en général, parfois, la ponction lombaire donne issue à un liquide louche, contenant des polynucléaires plus ou moins altérés (réaction puriforme aseptique) ; la présence de staphylocoques est exceptionnelle.

Les progrès de la thérapeutique vont permettre l'apparition de complications secondaires, foyers metastatiques de la septicopyohémie staphylococcique.

Les *suppurations pulmonaires* étaient déjà signalées avant l'ère de la sulfamido-thérapie : embolie microbienne qui se traduisaient cliniquement par des foyers de râles sous-crépitants, et, à l'autopsie par de véritables « furoncles du poumon », disséminés des deux côtés.

MONDON, PIROT, ANDRÉ et BLEIN présentent l'observation d'un matelot de 18 ans, chez lequel un anthrax de la lèvre supérieure, compliqué d'œdème malin de la face « est suivi de septicémie à staphylocoque doré hémolytique, avec abcès métastatique pulmonaire. Un traitement combinant l'iodoprotide ou d'iodure de sodium et le septoplix permet de juguler tous les accidents en quinze jours ».

Jean-Marie VERNE rapporte le cas d'un homme de 46 ans, porteur d'un anthrax de la nuque à évolution traînante depuis six semaines, et guéri par la méthode de LEGROUX. Après dix-sept jours d'apyrexie, il est atteint de suppuration pulmonaire, et succombe au bout de cinq semaines.

Dans un autre cas de VERNE, la guérison est retardée par l'apparition d'un *arthrite* de l'épaule, et de foyers suppurés de la main et de la fesse.

Dans notre observation 3, la malade, guérie depuis seize

jours d'une staphylococcie maligne de la face, présente une poussée fébrile accompagnée d'*arthralgies* et de douleurs musculaires, qui cèdent en sept jours à une nouvelle cure iodo-sulfamidée.

LEMIERRE et LAPORTE signalent deux cas de staphylococcie maligne de la face, guéris par la séro-anatoxithérapie anti-staphylococcique, qui se compliquèrent d'*ostéomyélite*. Chez le premier, « la convalescence fut marquée par l'apparition d'une ostéomyélite tibiale qui nécessita une intervention chirurgicale ». L'autre présenta un foyer de condensation pulmonaire, des points douloureux sur les deux acromions, et au pourtour des genoux, un abcès cortical du rein qui guérissent sans intervention, et des collections purulentes péri-orbitaires, temporales et frontales, d'apparition tardive qu'il fallut inciser.

Enfin, des poussées de *furunculose* peuvent se manifester ultérieurement chez un malade guéri d'œdème malin de la face.

L'iodo-sulfamido-thérapie précoce peut amener une régression du processus inflammatoire, sans suppuration ni sphacèle qui évite les cicatrices inesthétiques. Mais dans certains cas, le chirurgien est obligé de recourir aux ponctions ou même aux incisions des foyers suppurés (Obs. 4).

Plusieurs de nos malades, revus peu de temps après leur sortie de l'Hôpital, présentent un épaississement de tous les plans cutanés, et une légère induration des tissus sous-jacents; la peau manquait de souplesse, elle ne pouvait être plissée et avait conservé une coloration rose foncé, jambonnée. Mais ces séquelles s'atténuent avec le temps.

DIAGNOSTIC

Un simple examen suffit pour éviter de prendre une staphylococcie maligne de la face, au début, pour un abcès dentaire, pour une parotidite ou pour une dacryocystite aiguë, accompagnée d'inflammation et d'œdème palpébral.

Le seul diagnostic un peu délicat se pose avec *l'érysipèle*.

En faveur de la staphylococcie, nous tiendrons compte de la gravité de l'état général et de la possibilité d'atteintes staphylococciques antérieures retrouvées dans l'anamnèse.

Il ne sera pas toujours facile de découvrir la porte d'entrée : furoncle, fissure, excoriation infectée.

Cliniquement, dans la staphylococcie, nous noterons l'importance de l'œdème — qui peut faire défaut dans les formes d'érysipéatoïdes décrites par GIROIRE — l'absence de bourrelets périphériques, la dureté spéciale de l'infiltration et surtout la présence de pustulettes blanchâtres qui font saillie à la surface de la plaque.

L'hémoculture, qui met en évidence le rôle du staphylocoque doré hémolytique, vient confirmer le diagnostic clinique.

PRONOSTIC

Le pronostic des staphylococcies malignes de la face était considéré comme très sombre, presque désespéré, avant l'ère de la sulfamido-thérapie.

TROISIER, BARIETY et BROCARD, dans un article de la *Presse Médicale*, paru en mai 1936, ne relevaient jusqu'à ce jour que sept guérisons d'érysipélateïdes staphylococciques, dont les sièges respectifs étaient l'orbite, le bras, le menton, le front et publiaient deux cas personnels concernant les membres et la joue (extraction de dent de sagesse — mais l'hémoculture était négative).

LEMIERRE et LAPORTE, dans la statistique de l'hôpital Claude Bernard, de 1932 à 1936, ne citent que deux cas de guérison d'œdème malin de la face, consécutifs à un furoncle de la racine du nez et à un furoncle du menton, et traités par la séro-anatoxithérapie anti-staphylococcique.

GODARD et LEVEUF, en décembre 1940, présentent à l'Académie de Chirurgie une staphylococcie maligne de la face guérie par des injections intra-carotidiennes de mercurochrome.

La sulfamido-thérapie a quelques succès à son actif : FLACKS et ABRAMSON (*Lancet*, novembre 1939) sur six cas de « furoncles de la face avec septicémie à staphylocoques » obtiennent deux guérisons en administrant dès le début de la maladie de fortes doses de 693 et en pratiquant la ligature de la veine angulaire du côté infecté.

Les quatre autres cas, traités plus tardivement, avec d'autres sulfamides, eurent une terminaison fatale.

MONOD et MILLIEZ ont obtenu avec le 2.145 R. P. deux guérisons de staphylococcie maligne de la face.

POLIER, dans sa thèse — Toulouse 1943 — sur trois cas traités par les sulfamides sans adjonction d'iode relate une guérison due au Rubiazol II.

Les bons résultats de l'association iode-sulfamide dans le traitement de deux anthrax et de huit cas d'ostéomyé-

lite communiqués dès le mois de mai 1941 par LEGROUX et LENORMANT, ont incité les médecins à appliquer la méthode de LEGROUX aux septicémies staphylococciques et en particulier aux staphylococcies malignes de la face.

MONDON, PIROT, ANDRÉ et BLEIN, par un traitement associant au septoplax l'iode-protide et l'iodure de sodium ont eu raison d'un anthrax de la lèvre supérieure compliqué d'un foyer métastatique pulmonaire. (Soc. Méd. Paris, 11 décembre 1942).

TRUFFERT, en mars 1943, présente à l'Académie de chirurgie un succès éclatant de l'iodo-sulfamidothérapie : la guérison d'une staphylococcie maligne de la face compliquée de thrombo-phlébite faciale, orbitaire et sinusale.

Jean QUENU obtient une guérison complète sans intervention chirurgicale, en traitant par l'iodo-protide et le septoplax un œdème malin de la face consécutif à un anthrax de la lèvre supérieure. (Académie de Chirurgie, 9 juin 1943.)

VERNE publie un cas de staphylococcie maligne de la face traité par l'association de septoplax et de lugol. La guérison survient malgré des complications septico-pyohémiques : arthrite de l'épaule, foyers suppurés de la main et de la fesse, ce dernier devant être incisé. (Ac. Chir., 19 janvier 1944.)

Sur cinq nouveaux cas de staphylococcies malignes de la face, traités par l'association iodo-sulfamide, LAFFITTE et SUIRE, enregistrent quatre guérisons (Ac. Chir., 19 janvier 1944. Nous reproduisons ces observations inédites dans notre travail, en y ajoutant une sixième observation inédite, recueillie dans le service de chirurgie des Docteurs LAFFITTE et SUIRE, à l'hôpital de Niort.

Deux autres guérisons sont rapportées par TERRACOL et FABRE, le 26 janvier 1944.

Ainsi la méthode de LEGROUX a contribué à la guérison de 10 cas de staphylococcie maligne de la face.

Pendant cette période nous ne relevons que trois échecs.

Dans le cas de VERNE, la malade, dont l'œdème malin avait cédé au traitement, a succombé à la suite d'une métastase staphylococcique pulmonaire.

Le malade de MIALARET est mort en 18 jours d'une staphylococcie thrombosante de la face, malgré un traitement intensif : iodo-septoplix, puis septoplix intra-veineux et intra-musculaire, associé à la peptone iodée. Notons l'évolution prolongée de la maladie qui, autrefois n'excédait pas quatre ou cinq jours.

Dans notre cas (Obs. 5) , l'hospitalisation tardive de la malade, son état général déficient, son intolérance aux sulfamides (urticaire précoce après deux jours de traitement par le septazine, vomissements) faisaient prévoir l'issue fatale.

Ainsi il semble que la méthode de LEGROUX-LENORMANT ait considérablement amélioré le pronostic des staphylococcies malignes de la face. Mais il s'agit d'affections d'une particulière gravité, et nous verrons, en étudiant leur traitement, les médicaments que nous pouvons adjoindre à la cure iodo-sulfamidée, qui reste l'arme essentielle dans la lutte contre le staphylocoque.

TRAITEMENT

L'IODE.

L'iode a d'abord été administré sous la forme de la solution iodo-iodurée forte de *Lugol* qui contient 5 cgr d'iode et 10 cgr d'iodure de potassium par centimètre cube. C gouttes de cette solution correspondent à 0 gr 65 d'iode métalloïde.

La ciidotyrosine a été abandonnée.

Le professeur LEGROUX préconise l'*iodo-protide* sous forme de comprimés de 0 gr 25, correspondant à 0 gr. 20 d'iode ou de solution, encore mieux tolérée, dont un centimètre cube contient 0 gr 10 d'iode.

M. LAFFITTE estime que l'efficacité de l'iodo-protide est supérieure à celle du lugol.

On a eu recours à d'autres préparations iodées : association d'iode et de levure de bière (Leviode : Obs. de PERVES). Iodinectol par voie intra-veineuse (Obs. 5. LAFFITTE et SUIRE). LEGROUX recommande les injections de *Lipiodol* intra-musculaire qui assurent une absorption régulière, lente et continue d'iode, et qui trouvent leur indication chez les malades qui vomissent.

LES SULFAMIDES.

Le traitement iodo-sulfamidé des staphylococcies malignes de la face s'inspire des règles que l'expérience a permis d'assigner pour l'emploi des sulfamides.

Il va sans dire que le malade sera mis au repos complet, à la diète hydrique. On pourra lui donner des boissons alcalines.

Le traitement d'attaque sera énergique — et le plus précoce possible.

Aux doses de 6 à 8 grammes par vingt quatre heures pendant les deux ou trois premiers jours préconisés autre-

fois, le professeur LEGROUX conseille de substituer des doses encore plus massives, d'autant plus fortes que l'infection paraît plus sévère : « M. LENORMANT, M. TRUFFERT, M. QUÉNU, M. PIROT et PERVÈS nous l'ont indiqué dès leurs premières publications. M. J. M. VERNE a traité sa malade par 10 grammes de sulfamide, dose tout juste suffisante, puisque M. TRUFFERT dans un cas semblable, obtint rapidement l'amélioration avec 14 à 16 grammes journaliers ».

Chez les enfants les doses seront réduites selon l'âge et le poids, entre le quart et les trois-quarts des doses de l'adulte (Obs. 1, 3, 5).

Les sulfamides ont uniquement une action bactériostatique sur le staphylocoque et cette action n'est obtenue que lorsque le sulfamide atteint le taux moyen de 50 milligrammes par litre de sang.

Ainsi la théorie s'accorde avec les résultats de l'expérience clinique pour préconiser les doses fortes d'emblée.

Comme l'élimination des sulfamides est assez rapide, il faut, pour que la sulfamiohémie demeure à peu près constante, avoir recours aux prises fractionnées : 0 gr 50 à 2 grs toutes les deux ou trois heures et même toutes les heures au début.

Mais l'absorption et l'élimination des sulfamides varie selon les sujets, même en l'absence de troubles digestifs. Aussi est-il utile de contrôler l'absorption et l'élimination des sulfamides en les dosant systématiquement dans le sang et dans les urines. La malade de VERNE, malgré des doses fortes (très bien supportées) n'avait que 2 mgr 5 % de sulfamides dans le sang.

Ainsi, on pourra modifier la posologie des sulfamides pour arriver à la concentration de 50 à 70 milligrammes par litre de sang « généralement bien supportée, et qu'il faut maintenir un certain temps si le malade ne présente pas de signes d'intolérance (TRUFFERT).

Le taux des sulfamides sanguins s'est élevé jusqu'à 250 milligrammes par litre chez la malade de TRUFFERT, qui semblait le supporter sans inconvénient. Elle a seulement eu des vomissements qui ont empêché pendant quelques jours la sulfamido-thérapie per os ; très peu de temps après l'amélioration s'est déclarée.

S'il existe des troubles digestifs, ou si l'ingestion des sulfamides n'est pas suffisante pour atteindre rapidement le seuil de la sulfamidémie efficace, il faudra recourir aux injections sous-cutanées et intra-veineuses.

Dans certains cas très graves, LEGROUX conseille « d'utiliser la voie veineuse, après deux ou trois jours de la cure par ingestion ».

Ainsi, le malade de TRUFFERT absorbe en un jour 16 grs de septoplix : 4 grs intra-veineux, 2 grs sous-cutanés et 10 grs per os. Les injections intra-veineuses doivent être poussées très lentement et le liquide doit être dilué dans un sérum physiologique (150 cc, TRUFFERT). Elles peuvent s'accompagner de phénomènes de *shock* que l'on combattra par une injection d'adrénaline. TRUFFERT « attribue le phénomène de *shock* intense survenu lors d'une reprise de la sulfamido-thérapie intra-veineuse après huit jours d'interruption de cette thérapeutique, alors que la malade continuait à absorber 4 grs de septoplix per os... à une sensibilisation par le septoplix intra-veineuse ». Il note l'action favorable de ce *shock* sur l'évolution ultérieure, chez cette malade, et dans un autre cas analogue.

L'association de l'iode aux sulfamides ne met pas le malade à l'abri des accidents causés par ces derniers, accidents que l'on évitera par une surveillance clinique attentive, par les dosages de sulfamide dans le sang et dans les urines, et par les examens hématologiques répétés.

Les circonstances ne nous ont pas permis de recourir aux dosages des sulfamides, mais des examens de sang en série ont été pratiqués systématiquement chez tous nos malades.

Dans certains cas, on observe dès le début de la cure une intolérance aux sulfamides. Elle peut se traduire par une poussée d'urticaire (Obs. 5). Mais la malade avant son hospitalisation a reçu de la septazine. En général, il s'agit de troubles digestifs, diarrhée et surtout vomissements qui obligent à administrer le sulfamide par voie intra-veineuse et sous-cutanée. D'ailleurs, au bout de quelques jours, on peut reprendre la médication per os, comme dans le cas de TRUFFERT.

On constate parfois une albuminurie transitoire (Obs. 4) mais celle-ci est-elle imputable au staphylocoque ou au

sulfamide?, ou une légère cylindurie passagère (Obs. 1). Il n'y a jamais eu d'hématurie, même microscopique, ni d'élévation du taux de l'urée sanguine. Nous n'avons jamais non plus observé d'atteinte hépatique, autrefois classique chez les malades traités par les sulfamides.

L'intoxication sulfamidée se manifeste surtout par des altérations sanguines : *l'agranulocytose* et *l'anémie*.

POLIÈS, dans sa thèse, a observé « des leucopénies passagères ayant guéri spontanément, une menace d'agranulocytose, vite jugulée par des injections intra-veineuses de Nucléide Ercé et une agranulocytose franche qui peut être tenue pour responsable de la mort du malade dans l'observation n° 10 ».

La malade de MONDON, PIROT, ANDRÉ et BLEIN a également présenté une menace d'agranulocytose :

« Le 10 octobre survient un incident. La température s'élève légèrement ce jour-là et le malade accuse des malaises vagues, la formule leucocytaire s'est brusquement transformée, à la polynucléose (75 p. 100 des polyneutro, 2.500 globules blancs) des jours précédents succède une lymphocytose par chute du taux des polynucléaires (Polyneutro, 11; Lympho, 84; Monocytes, 3; Myélocytes, 1; Plasmocytes, 1; Globules blancs, 6.200). Il y a donc une menace d'agranulocytose chez cet homme qui a reçu un total de 118 grs de septoplax et qui a été traité le mois précédent par mercure, arsenic et bismuth. Le malade est soumis à des injections de Nucléide Ercé, une ampoule intra-veineuse diluée dans 100 cc de sérum physiologique chaque jour pendant cinq jours. Le taux des polynucléaires remonte et atteint 72 p. 100 le 19 octobre. »

Mais chez un certain nombre de ces malades atteints d'agranulocytose, d'autres causes peuvent être invoquées à côté de la sulfamidothérapie pour expliquer les altérations sanguines : dans le cas de POLIÈS, il s'agissait d'un grand brûlé; le malade de MONDON, syphilitique, venait de subir un traitement d'attaque associant mercure, bismuth et arsenic.

Nous n'avons constaté aucune granulocytopénie; par contre tous nos malades ont présenté une anémie plus ou moins marquée.

2.420.000	globules rouges	(obs. 1)
3.360.000	»	(obs. 2)
2.130.000	»	(obs. 4)
3.430.000	»	(obs. 6)

Il existe en général une leucocytose polynucléaire, témoin de l'infection. Parfois, à la fin du traitement on constate une légère éosinophilie et une ébauche de réaction myélocytaire (un ou deux éléments %). En somme anémie banale dont le traitement classique a facilement raison.

L'expérimentation et la clinique ont montré que des doses fortes de sulfamides absorbées pendant quatre à cinq jours sont bien supportées, alors que des doses totales plus faibles, espacées sur une plus longue période, amènent des phénomènes d'intolérance grave, ce qui s'explique par la rapidité de l'élimination urinaire, qui est précoce et maxima au deuxième jour, et se ralentit par la suite. POLIÉS, dans les premiers jours, a toujours trouvé une dose de sulfamide totale de 400 à 500 milligrammes par litre d'urine.

Le dosage des sulfamides urinaires permet d'apprécier l'importance de la rétention tissulaire, qui est à peu près constante. Une injection de rouge de Longo ou de Rose Bengale détermine une réapparition durable de la sulfamidurie. JAMBON et CHAPTEL conseillent ce déblocage dans les cures prolongées pour prévenir les accidents tardifs de la sulfamido-thérapie.

Il est encore plus simple d'adopter le principe des *cures discontinues*, exposé par le Professeur LEGROUX :

« Pour éviter les troubles possibles de la leucocytogénèse à la suite de la sulfamidothérapie à hautes doses, je demande maintenant que ces cures soient établies pendant cinq jours consécutifs, puis interrompues quarante-huit heures. C'est en effet, toujours vers le sixième ou septième jour du traitement que les troubles anémiques peuvent apparaître, dus probablement à une rétention sulfamidienne qui ralentit l'activité des centres hématopoïétiques. Pendant les deux jours de repos, on devra titrer le sulfamide présent dans la circulation et dans l'urine; on se rendra compte le 2^e jour si l'abaissement de la sulfamémie correspond à la suspension du médicament et, après

avoir constaté cet abaissement, on reprendra le traitement pour une nouvelle période de cinq jours à haute dose ou à doses moindres si l'état général ou local l'indique. »

POLIÉS écrit : « Après étude de nos observations, nous avons même tendance à agir par cures d'iode et de sulfamide à haute dose sans variations pendant quelques jours, séparées par un court intervalle pendant lequel le sulfamide disparaît rapidement des urines. Il nous a semblé que l'injection cédait au début de la 2^e cure (cf obs. 5, 9, 10) d'une façon plus soudaine que dans le cas où une cure médicamenteuse prolongée à dose dégressive a été instituée. »

TRUFFERT explique l'efficacité des cures discontinues par une sorte de sensibilisation à la sulfamide, et cite « des expériences faites par des vétérinaires qui ont montré que des animaux soumis pendant un temps assez long à des doses toxiques presque mortelles de sulfamide, voyaient les troubles disparaître dès la suppression des médicaments, et qu'ils continuaient à se développer sans présenter aucun trouble. Cependant chez ces animaux une nouvelle injection de sulfamides déclenche des phénomènes toxiques avec une dose moindre qu'à la première expérience ».

Ainsi, la seconde cure devra être donnée avec prudence, pour éviter le shock et souvent à des doses un peu inférieures à celles du traitement d'attaque.

La ténacité de l'infection staphylococcique, la possibilité de complications métastatiques tardives, indiqueront une reprise de la thérapeutique iodo-sulfamidée si l'état général ou l'état local fait craindre l'apparition de nouveaux foyers infectieux.

Les sulfamides utilisés ont été le 1162 F (septoplax) — (cas de TRUFFERT, MIALARET, QUÉNU, VERNE, MONDON, PIROT, ANDRÉ et BLEIN, Obs. 1, 2, 4, 6, de LAFFITTE et SUIRE) — le 693 (Dagénan) (TERRACOL et FABRE, Obs. 5 de LAFFITTE et SUIRE) — le 2090 R. P. (Thiazomide ou Sulfathiazol) (TERRACOL, FABRE, Obs. 3 de LAFFITTE et SUIRE) — le 2145 R. P. (CÉLICE, MONOD et MILLIEZ).

Il pourra être intéressant d'essayer, en l'associant à l'iode, le 2.255 R. P. (FOXTAMIDE) qui doit à son noyau thio-urée une activité cinq fois plus grande in vitro que celle du sulfathiazol contre le staphylocoque.

MEDICATION ADJUVANTE.

En même temps que l'iodo-sulfamido-thérapie d'autres moyens peuvent être mis en œuvre dans les staphylococcies malignes de la face.

Le traitement local, qui consistera en pulvérisations est accessoire.

Comme la lésion initiale est souvent un furoncle ou un anthrax, si le malade est vu à temps, on aura recours d'urgence à la *Radiothérapie semi-profonde* (Obs. MONDON, PIROT, ANDRÉ et BLEIN, Obs. 1, 2, 4, de LAFFITTE et SUIRE) qui, pratiquée dès le début, a une action abortive et résolutive remarquables. Elle est surtout indiquée pour la prophylaxie des staphylococcies malignes de la face, mais elle semble dans certains cas, arrêter le processus extensif de l'infection.

La bactériophagie était tombée en désuétude pour le traitement des staphylococcies malignes de la face. Mais M. SENÉQUE cite un cas très grave, guéri par le bactériophage (Ac. Chir., 19 janvier 1944).

L'efficacité de la *vaccination anti-staphylococcique* est discutée. Notre malade de l'observation 2 avait reçu du vaccin iodé anti-staphylococcique.

Certains auteurs faisaient état des quelques cas de guérison obtenus par la *séro-anatoxithérapie anti-staphylococcique*, croient utile de l'associer à l'iodo-sulfamidothérapie. Ils espèrent en même temps créer l'immunité et prévenir les métastases staphylococciques ultérieures. (MIALARET, POLIÉS, Obs. 1 de LAFFITTE et SUIRE.)

Les effets de l'*immuno-transfusion* n'ont guère le temps de se manifester dans une affection si rapidement évolutive (Obs. de MIALARET).

Mais les *transfusions* tiendront une grande place dans la conduite du traitement tant pour relever l'état général que pour palier aux complications majeures de la sulfamido-thérapie : l'agranulocytose ou plutôt la granulocytopénie, qu'une surveillance attentive évite presque toujours, et l'anémie que nous avons observée dans tous nos cas. On aura recours aux transfusions moyennes répétées tous les deux ou trois jours selon l'état du malade, en prenant les

précautions d'usage. Les phénomènes de schock qui se produisent malgré tout de temps en temps auraient plutôt une action favorable sur l'évolution.

Les autres thérapeutiques de schock, abcès de fixation, auto-hémothérapie, ne paraissant pas douées d'une efficacité très appréciable.

Cependant le *propidon* a donné de bons résultats à M. BASSET. M. LEVEUF rapporte une staphylococcie maligne de la face qui, malgré des doses impressionnantes de sulfamide, s'aggravait encore.

Le propidon a donné un résultat local excellent, mais depuis 6 mois le malade fait d'énormes abcès à staphylocoques.

LEMIERRE estime que l'emploi du propidon peut déclencher une septicémie alors qu'il n'existe encore qu'une affection locale.

Notre malade de l'Obs. 4 a reçu quatre injections de Propidon, celle de l'Observation n° 6, 3 injections.

La gravité de l'état général pourra commander l'emploi des analeptiques cardiaques, des extraits cortico-surrénaux.

Certains auteurs utilisaient systématiquement les vitamines dans toutes les staphylococcies.

En cas d'hyperglycémie, même transitoire, l'insuline sera indiquée, on pourra aussi recourir au glycocholate de cuivre intra-veineux.

Le convalescent, outre les transfusions, sera soumis au traitement anti-anémique classique.

Il nous reste à envisager la question du *traitement chirurgical* des staphylococcies malignes de la face.

Il est parfois rendu inutile par l'iode-sulfamido-thérapie comme dans l'exemple de QUÉNU : « Localement j'assistai jour pour jour à une régression des phénomènes inflammatoires : l'œdème diminua et disparut, la tuméfaction se localisa comme pour aboutir à une suppuration ; quelques petites élevures blanchâtres se montrèrent sur la lésion, mais finalement celle-ci se flétrit et guérit « à sec », sans avoir éliminé le moindre bourbillon, sans avoir donné une goutte de pus... Cette évolution singulière d'un gros anthrax de la face vers la guérison sans escharrification,

sans élimination, m'a semblé assez démonstrative pour vous être présentée ». Ajoutons que cette malade n'avait pas subi de radiothérapie.

Notre malade n° 6 a guéri sans ponction ni incision. Mais il ne faut pas négliger l'acte chirurgical. PERVÈS, rapportant l'ensemble des observations de staphylococcémies recueillies à l'Hôpital Maritime de Toulon, écrit : « Peut-être dans le désir d'expérimentation, avons-nous été parfois trop peu interventionnistes. Nous regrettons de n'avoir pas opéré plus précocement dans le cas de D... (obs. 4). Dans le cas de N... (obs. 6) c'est seulement *après* l'incision des foyers suppurés que la température descend, de même que dans le cas de E... (obs. 9) » (in thèse de POLIÈS).

Chez un malade de VERNE, un « anthrax, guéri médicalement, se complique au moment où il paraissait guéri, d'une métastase staphylococcique pulmonaire et la mort survient. Je ne puis me retenir de penser que le traitement chirurgical classique, par exérèse de l'anthrax, aurait peut-être mieux réussi. Il est logique d'enlever cet énorme amas de tissus nécrosés, bourrés de microbes ».

Les exemples ne font qu'illustrer la recommandation capitale de LEGROUX : « *La surveillance des malades doit avant tout rester chirurgicale* et dans certains cas il est nécessaire de compléter la thérapeutique clinique par une intervention même importante, surtout dans le cas de foyers nécrosés. Le microbe se trouve alors en tissu normal où peut s'exercer l'action du sulfamide doublée par celle des défenses cellulo-humorales de l'organisme ».

Quatre sur six de nos malades ont subi des ponctions et des incisions, parfois importantes (Obs. 4).

Ainsi l'iode-sulfamido-thérapie a donné des résultats impressionnants dans les staphylococcies malignes de la face. Il sera intéressant d'en étudier les échecs.

On ne pourra parler d'échecs que si la méthode de LEGROUX a été appliquée selon la technique de l'auteur, encore remise au point récemment en tenant compte des données expérimentales et cliniques.

Souvent le traitement d'attaque a été trop tardif, les doses insuffisantes — tant pour l'iode que pour les sulfamides — les médicaments employés sous une forme peu

efficace. Ainsi, dans notre Obs. 5, la malade avait d'abord absorbé de la septazine, qui a été très mal tolérée, puis elle a reçu des doses faibles de soludagénan.

Ou bien il s'agit de formes suraiguës, qui donnent d'emblée l'impression d'être en dehors des ressources de la thérapeutique.

TRUFFERT signale l'importance du dosage de la sulfamidémie « les sulfamides per os sont à la merci de l'absorption digestive, ce qui agit, ce n'est pas ce qui est ingéré, mais ce qui est absorbé ». Il faut dans les cas où la concentration humorale est insuffisante employer les injections sous-cutanées et intra-veineuses.

Enfin, il existe des sujets sulfamido-résistants dont le nombre se restreint beaucoup si les règles de la méthode de LEGROUX sont appliquées correctement.

CONCLUSIONS

1. — L'iodo-sulfamidothérapie appliquée avec succès dès 1941 par M. LEGROUX et LENORMAND, au traitement de l'anthrax et de l'ostéomyélite a transformé le pronostic des *staphylococcies malignes de la face*.

2. — L'IODE devra être administrée à doses massives, d'ailleurs bien tolérées, allant de 2 à 6 grammes par jour, sous forme de solution de Lugol forte, ou mieux de solution ou de comprimés iodo-protide, soit encore de lipiodol intra-musculaire, ou par la voie intra-veineuse.

3. — Les SULFAMIDES seront absorbés pendant 5 à 6 jours, à la dose de 10 à 16 grammes par 24 heures, par prises fractionnées.

Des dosages des sulfamides dans le sang et les urines indiqueront si le taux de la sulfamidémie utile — 50 à 70 milligrammes par litre — est atteint. Avec les examens systématiques du sang, ils permettent d'éviter les phénomènes d'intoxication, de prévenir l'agranulocytose, et de lutter à temps contre l'anémie.

On utilisera au besoin la voie intra-veineuse et la voie sous-cutanée pour obtenir rapidement une concentration suffisante en sulfamides.

Après un arrêt de deux ou trois jours, si la guérison n'est pas complète, on instituera une nouvelle cure iodo-sulfamidée, en procédant avec prudence pour éviter le *shock*.

Au cours de la convalescence, la médication sulfamido-iodée sera reprise à la première menace d'une métastase staphylococcique.

4. — Au traitement de base iodo-sulfamidé, on associera utilement la *radiothérapie semi-profonde* lorsqu'elle est susceptible d'amener la résolution des lésions initiales prises à temps, et les *transfusions sanguines* qui relèveront l'état général et combattront l'anémie.

5. — *La surveillance chirurgicale* des malades s'impose ; il sera souvent nécessaire de recourir à une intervention, même importante, en particulier s'il existe des foyers nécrosés.

6. — Ainsi l'emploi précoce de doses massives d'iode et de sulfamide, réglées d'après les résultats de la sulfamidémie, la pratique des cures iodo-sulfamidées de 5 à 6 jours séparées par un court intervalle de deux ou trois jours qui sensibilisent la malade et préviennent l'intoxication et dans certains cas, l'action adjuvante de la radiothérapie semi-profonde, des interventions chirurgicales et des transfusions confèrent à la méthode de LECROUX toute son efficacité dans les staphylococcies malignes de la face.

Vu : Le Président de Thèses,
PETIT-DUTAILLIS.

Vu : Le Doyen :
BAUDOIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Université de Paris.
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD (M.). — A propos des septicémies à staphylocoques et à évolution chronique et prolongée. (*Ac. de Chir.*, 24 février 1937.)
- BARIETY. — Quelques notions récentes sur la clinique et le traitement des septicémies à staphylocoques. (*J. de Méd. et Chir. pratiques*, 10 septembre 1936.)
- BAZY. — Quelques remarques sur les septicémies. (*Ac. de Chir.*, 1933.)
- BICK-SURGERY. — Gynecology and obstetric, 1941.
- BILLET (H.). — Réflexions au sujet d'une grave infection post-opératoire. (*Ac. de Chir.*, 25 mai 1943.)
- BONDOUX. — Contribution à l'étude des localisations pulmonaires au cours des staphylococcémies. (*Thèse*, Paris, 1935.)
- BRUNNER. — Chimiothérapie par les composés sulfamidés au point de vue spécial des infections chirurgicales. (*Zentralblatt für chirurgie*, 15 mars 1941.)
- BUCHMAN. — *Journal. Am. Médéc. Assoc.* 1937.
- COLLOMBEL. — Recherche sur l'action bactériostatique expérimentale exercée sur le staphylocoque et le streptocoque par quelques dérivés sulfamidés non azoïques. (*Thèse de Lyon*, 1939.)
- CORCUFF. — Contribution à l'étude des septicémies à staphylocoques. (*Thèse de Paris* 1937.)
- CORNET (M^{lle}). — Etude de deux cas de myélite aiguë transverse guéris par les sulfamides. (*Thèse*, Paris 1943.)
- DECOURT. — Spondylite staphylococcique guérie par les

sulfamides. (*Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 2 mai 1941.)

DOMACK. — *Deutsche Wochenschrift medizinische*, 15 février 1935.

FENTON. — *Hodgkiss the lancet*, 17 septembre 1938.

FIESCHI. — Contribution à l'étude des septicémies à staphylocoques. (Paris, 1939-1940.)

FLACKS et ABRAMSON. — Furoncles de la face avec septicémie à staphylocoques. Guérison par le 693 (*Lancet*, 18 novembre 1939.)

GALENSKI et STANNUS. — Septicémie due au staphylocoque blanc, guérie par le 693 M. B. (*Lancet*, 18 nov. 1939, P. 1.067.)

GASTINEL et REILLY. — Sémiologie générale de l'état septicémique. (*Congr. Français de médecine*, XIX^e session, Paris, 1927.)

GIRAUD, BERT, PARISELLE. — *Société des Sciences biologiques de Montpellier*, 9 mai 1941. Septicémie à staphylocoque d'origine traumatique guérie par le sulfamidothiazol.

GIROIRE. — L'érysipélateoïde staphylococcique. (*Thèse*, Paris, 1923.)

GODARD et LEVEUF. — Staphylococcie maligne de la face guérie par injection intra carotidienne de mercurochrome. (*Ac. Chir.*, 1940.)

HAMBURGER et RUEGSEGGER. — Traitement de la septicémie à staphylocoque par le sulfathiazol et le sulfaméthylthiazol. (*Annales Intern. Méd.*, 14, 1941.)

HUET, HUGUIER, BASSET, RICHARD (A.). — SAUVE, PERVÈS, MONDOR. — Sur le traitement par l'association iodé-sulfamides dans les staphylococcies locales. (*Ac. Chir.*, 14 avril 1943.)

HUIN (Roger). — Amino-phényl-diméthyl-sulfamide, dans les staphylococcies. (*Thèse de Montpellier*, 1939.)

- JAMBON, CHAPTAL, BOX. — Staphylococcémie peropérale. Guérison par la sulfamidopyridine associée aux transfusions. (*Société des Soc. Méd. de Montpellier*, 28 janvier 1941.)
- JAMBON, CHAPTAL. — *Montpellier Médical*, janvier 1942.
- JOSSEMERAND, PICHAT, SAVE. — Septicémie atypique, traitement par les sulfamides. (*Soc. Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 20 juin 1939.)
- LACROIX (P.). — La médication iodo-sulfamidée. (*Cours Médical*, n° 33-34, 21, août 1943.)
- LAFFITTE et SUIRE. — Cinq cas de staphylococcie maligne de la face. Traitement par la méthode de LEGROUX. (*Ac. Chir.*, 19 janvier 1944.) Discussion MOULONGUET, BASSET, LEVEUF, SORREL, BANZET.
- LAFONT. — Contribution à l'étude des staphylococcémies. (*Thèse de Montpellier*, 1935.)
- LAPEYRE, ESTOR et NEGRE. — Septicémie puerpérale à staphylocoques, guérison. (*Soc. des Sciences Méd. de Montpellier*, 25 avril 1941.)
- LEGROUX. — Sur l'emploi des sulfamides dans le traitement des plaies de guerre. (*Ac. Chir.*, 10 déc. 1940.)
— Chimio-prévention de l'infection bactérienne des plaies. (*Ac. de Chir.*, 17 avril 1940.)
— L'association iodo-sulfamidienne. (*Ac. de Chir.*, séances du 7 et du 14 avril 1943.)
— La médication iodo-sulfamidienne. (*Ac. de Chir.*, (*Ac. Chir.*, 7 avril 1943; *Presse médicale*, 1^{er} mai 1943.)
- LEGROUX et NITTI. — Etude de laboratoire sur l'action anti-bactérienne du paraminophényl sulfamide. (*Ac. de Chir.*, 13 novembre 1940 et 18 décembre 1940.)
- LEGROUX et LENORMANT. — Anthrax traité par l'association iodo-sulfamide. (*Ac. de Chir.*, 7 mai 1941.)
- LEMIERRE et LAPORTE. — Les staphylococcies malignes de la face. (*Le documentaire Médical*, sept. 1936.)

- LENORMANT. — Sur l'emploi des corps sulfamidés dans le traitement des plaies.
- LENORMANT et CALVET. — Sur l'emploi des sulfamides dans certains ostéites staphylococciques. (*Presse médicale*, 18 juillet 1942.)
- MARTIN (H.). — Traitement des staphylococcies cutanées par l'association iodo-sulfamidienne. (*Thèse de Montpellier*, 1943.)
- MAXWELL. — Septicémie staphylococcique traitée par le 693 M. B. (*Lancet*, 26 novembre 1938.)
- MENEGAUX et M^{lle} STALHAND. — Action clinique du sulfathiazol sur les staphylococcies. (*Ac. Chir*, Juin 1941.)
- MIALARET. — Sur un échec du traitement iodo-sulfamidé dans un cas de staphylococcie maligne de la face. (*Ac. de Chir.*, 2 fév. 1944.)
- MONDOR, PIROT, ANDRÉ. — Septicémie à staphylocoque doré hémolytique. Guérison par le traitement de sulfamide.
- MONDOR, PIROT, ANDRÉ et BLEIN. — Septico-pyohémie à staphylocoques. Guérison par l'iodo-sulfamidothérapie. (*Sté Méd. Hôp. Paris*, 11 décembre 1942.)
- MONOD et MILLIEZ. — Sulfaméthylthiodiazol et staphylococcie de la face. (*Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 3 juillet 1942.)
- O'BRIEN et MAC CARTHY. — Septicémie à staphylocoque, traitée par le 693 M. B. (*The Lancet*, 26 nov. 1938.)
- PALLIARD, PLAUCHU et FRIEH. — Considérations thérapeutiques à propos de trois cas de staphylococcies graves. (*Lyon Médical*, 3 juin 1941.)
- PATEL. — Rapport au XLVII^e Congrès Français de Chirurgie. (*Journ. de Chir.*, octobre 1938.)
- DERVES (J.) et PIROT (R.). — Traitement des affections graves à staphylocoques par l'association iodoprotide 1.162 F. (*Académie de Chir.*, séances du 7 et du 14 avril 1943.)

- PERVES (J.) et PIROT (R.). — LARGET (M.), TRUFFERT (P.), QUENU, LEVEUF (J.) et FEVRE. — Traitement des affections graves à staphylocoques par la médication iodo-sulfamidéenne. (*Ac. de Chir.*, 7 avril 1943.)
- PICOT et AUROUSSEAU. — Traitement des infections staphylococciques graves par la sulfamidopyridine. (*Ac. de Chir.*, novembre 1940.)
- POLIER (L.). — Contribution à l'étude du traitement des staphylococcies graves. L'association iodo-sulfamidienne. (*Thèse*, Toulouse, 1943.)
- SAUVE. — A propos des septicémies chirurgicales ; produits utilisés : 1.162 F., 693 M. B. et 2.090 RP. (*Bulletin et mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 6, 24 mai 1941.)
- TERRACOL et FABRE. — Deux cas de staphylococcies malignes de la face, guérison. (*Ac. Chir.*, 26 janv. 1944.)
- TREFOUEL. — a) Quelques principes théoriques de l'emploi des sulfamides en chirurgie. (*Ac. de Chirurgie*, 3 novembre 1940.)
b) Les sulfamides. (*Ac. de Méd.*, 20 mai 1941.)
- TROISIER, BARIETY, BROCARD. — *Presse Médicale*, 16 mai 1936.
- TRUFFERT. — Staphylococcie maligne de la face. Complication phlébitique faciale, orbitaire et sinusale. Sulfamidothérapie iodée. Guérison. (*Ac. de Chir.*, 17 mars 1943.)
- VERNE. — Staphylococcie maligne de la face traitée par l'association iodo-sulfamidée. (*Ac. Chir.*, 19 j. 1944.)
- VIDAL. — Staphylococcie maligne de la face guérie par la sulfamidothérapie. (*Montpellier*, 21 mars 1941.)
- WADE. — Septicémie à staphylocoque traitée par le 693 M. B. (*Lancet*, 1^{er} avril 1939.)
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Observations.....	12
Tableau clinique	27
Complications.....	29
Diagnostic	31
Pronostic	32
Traitement { L'iode.....	35
Les sulfamides	35
La médication adjuvante.....	41
Conclusions.....	45
Bibliographie	47

Lezay (D.-S.) — Imprimerie A. Chopin

